

**О. Б. Молодoveць**

Державний вищий навчальний заклад

«Івано-Франківський національний медичний університет»

Оптимізація лікування хронічного гастриту «Мультисалем» та «Горіха грецького настоянкою»

Вступ. Інтерес до проблеми хронічного гастриту (ХГ) зумовлений тим, що це захворювання характеризується хронічним перебігом, важкість якого наростає, поступовою атрофією шлункових залоз, формуванням секреторної недостатності [3, с. 26; 16, с. 5], і його обґрунтовано відносять до преанцерозів [1, с. 34; 4, с. 36; 5, с. 62; 9, с. 88].

Слід також зазначити, що зменшення кількості спеціалізованих залоз в одному або декількох відділах шлунка спричинює функціональні (секреторні та рухові) розлади шлунка і викликає дисфункцію інших органів травлення: дванадцятипалої і порожньої кишок, підшлункової залози та гепатобіліарної системи. Водночас із позиції загального патолога атрофія ще недостатньо вивчена морфологами та мало привертає увагу лікарів-клініцистів. Багато дослідників звертають увагу на неоднозначність і труднощі діагностики, наголошуючи, що механізми, які безпосередньо призводять до атрофії, складаються не лише з формування дефіциту парієтальних клітин [3, с. 26; 13, с. 29]. У разі гелікобактерійного гастриту основою атрофічного процесу є порушення клітинного оновлення, внаслідок чого зрілі спеціалізовані клітини заміщуються незрілими або не встигають сформувати повноцінні шлункові залози [21, с. 59]. Вважають, що атрофічний фундальний гастрит може поєднуватись із атрофічним антрум-гастритом [17, с. 201]. Не з'ясовано відносини між *Helicobacter pylori* (Hр) і аутоімунним гастритом. У деяких випадках антитіла Hр можуть виступати як антитіла до парієтальних клітин і призводити до виникнення ХГ [11, с. 17; 12, с. 22], можливо, внаслідок антигенної мімікрії мікроорганізму [8, с. 53]. Тривала персистенція Hр провокує утворення антитіл, які можуть спричинювати апоптоз спеціалізованих клітин залоз шлунка [18, с. 241; 19, с. 72; 20, с. 270]. Успішна ерадикація Hр сприяє швидкому зникненню нейтрофільного інфільтрату власної пластини слизової оболонки шлунка (СОШ). Поступове зменшення мононуклеарної інфільтрації спостерігається впродовж декількох років [6, с. 62]. Ризик

рецидиву клінічних ознак у постерадикаційному періоді опосередкований впливом персистивного запального інфільтрату на стан кислотопродукувальної функції шлунка [12, с. 22; 16, с. 8].

Зазвичай хворі на ХГ рідко лікуються стаціонарно. Курацію таких пацієнтів переважно здійснює сімейний лікар на етапі первинної медико-санітарної ланки. З огляду на повільний, із наростанням важкості, перебіг захворювання, недостатній асортимент лікарських засобів як для кислотостимулювального, так і для кислотозамісного лікування, проблема комплексної, повноцінної, ефективної курації вельми актуальна.

Тактика ведення пацієнтів на ХГ не має чіткої регламентації. Антигелікобактерійне лікування недостатньою мірою впливає на кислототворну та секреторну функції шлунка.

Завдання медикаментозного лікування – призупинити наростання важкості атрофічних змін СОШ, секреторної недостатності через вплив на місцевий запальний процес, стимуляцію фізіологічної і репаративної регенерації, покращення метаболічних процесів, а також корекція секреторно-моторних порушень [2, с. 15; 10, с. 64; 15, с. 8].

Терапевт, сімейний лікар широко застосовують фітопрепарати, оскільки вони є малотоксичними, а це дає змогу використовувати їх тривало. З метою кислотостимуляції призначають плантаглюцид, шведську гіркоту доктора Тайса тощо.

Із огляду на властиву листю горіха грецького (*Juglans regia* L.), поширеного на всій території України, протизапальну, репаративну та антиоксидантну дію [14, с. 122], препарати з нього вважають перспективними для лікування уражень шлунково-кишкового каналу, зокрема ХГ [5, с. 22]. Основою широкого спектра біологічної активності горіха грецького є його унікальний хімічний склад: дубильні речовини, флавоноїди, хінони, органічні кислоти, ефірні олії, вітаміни, сполуки заліза і кобальту. Найбільший рівень екстракції біологічно активної субстанції досягається в формі густого екстракту з листя горіха грецького. Вітчизня-

ними науковцями створено й запатентовано препарат «Горіха грецького настоянка», якому ми надаємо перевагу.

Доцільність призначення хворим на ХГ комплексу мікроелементів у біотичних дозах зумовлена, на нашу думку, формуванням дисбалансу чи аномального співвідношення макро- і мікроелементів унаслідок недостатньої резорбції екзогенних нутрієнтів з одночасно підвищеним використанням їх ендogenous резервів. Заслужує на увагу «Мультисаль» (кальцій – 54,0 мг, фосфор – 41,6 мг, магній – 33,3 мг, залізо – 9,0 мг, цинк – 7,5 мг, марганець – 2,5 мг, калій – 2,5 мг, мідь – 1,0 мг, йод – 0,05 мг, хром – 0,005 мг, молібден – 0,005 мг, селен – 0,005 мг). Проте його застосування для лікування ХГ, як і інших мікроелементвмісних засобів, вивчено недостатньо [7, с. 2].

Мета дослідження. Оптимізувати лікування хворих на ХГ «Мультисалем» і «Горіха грецького настоянкою».

Матеріал і методи дослідження. Під час виконання наукового дослідження під динамічним спостереженням перебувало 126 хворих (51 чоловік (40,5 %) та 75 жінок (59,5 %)). Вік хворих коливався від 19 до 73 років і в середньому становив $53,3 \pm 1,73$ року. Діагноз ґрунтувався на результатах клініко-лабораторного та інструментального обстеження згідно з наказом МОЗ України № 1051 від 28.12.2009 р. «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю». Хворим проводили езофагогастродуоденоскопію фіброендоскопом фірми Olympus – GIF-1, звертаючи увагу на ендоскопічні ознаки ХГ.

Матеріал для дослідження отримували з використанням прицільної щипцевої множинної біопсії. Біопсійний матеріал СОШ використовували для гістологічних та цитологічних досліджень.

З метою діагностики Нр застосовували швидкий уреазний тест і цитологічний метод (мазок, brush-спосіб). Результати цитологічного методу оцінювали за ступенем заселення гелікобактеріями (Аруїн Л.І., 2000): 1-й ступінь (+) – до 20 мікробних тіл у полі зору; 2-й ступінь (++) – до 50 мікробних тіл у полі зору; 3-й ступінь (+++) – понад 50 мікробних тіл у полі зору.

Стан кислототворної функції шлунка визначали за допомогою базальної топографічної рН-метрії у всіх відділах шлунка за методикою, розробленою В. М. Чернобровим.

Залежно від застосованих лікувальних методик усіх обстежених хворих на ХГ поділено на 4 групи: I група хворих приймала базові лікарські засоби і слугувала контролем щодо лікування ($n = 28$). До базового лікування включали лікувальний режим, дієтичне харчування (стіл № 2 за М. Певзнером) на нетривалий час із подальшим переходом хворих на діету № 5 або № 5п. З метою ерадикації Нр усі хворі отримували амоксицилін по 1000,0 мг двічі на добу 7 днів і кларитроміцин по 500,0 мг двічі на добу 7 днів (Маастрихт-3, 2005). До базового лікування вклю-

чали також плантаглюцид по 1 пак. (2,0 г) тричі на день за півгодини до їди, попередньо розчинивши його в 100,0 мл води, метилурацил по 1 табл. (0,5 г) тричі на день після їди, рибоксин по 2 табл. (0,4 г) тричі на день за 15 хв до їди, фестал по 1 табл. тричі на день наприкінці приймання їжі.

II група хворих, окрім цього, отримувала «Мультисаль» по 1 табл. тричі на день через півгодини після їди впродовж 18 днів ($n = 31$); III група отримувала «Горіха грецького настоянку» по 10,0 мл (розчинивши в 100,0 мл води) за півгодини до їди тричі на день упродовж 18 днів ($n = 33$); IV група пацієнтів окрім лікарських засобів базового комплексу отримувала «Мультисаль» та «Горіха грецького настоянку» одночасно ($n = 34$).

Для об'єктивного судження про рівень достовірності результатів дослідження застосовували статистичне опрацювання із використанням t-критерію вірогідності Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного лікування, на 10-ту добу скарги на больові відчуття в надчеревній ділянці зникли у 67,85 % пацієнтів, а на 18-й день – у 75,00 % пацієнтів I групи. Слід зауважити, що деякі диспепсичні симптоми зберігались і після проведеного лікування, зокрема, важко піддавались корекції суб'єктивні ознаки: відчуття швидкої насичуваності, загальна слабкість (у 35,72 % хворих). Покращення апетиту, зменшення відрижки і нудоти більшість пацієнтів помітили з другого тижня лікування. Базисне лікування було недостатньо дієвим у разі кишкової диспепсії. Пронеси та здуття живота стійко утримувались упродовж перших 10 днів лікування, а у половини пацієнтів і після завершення лікування.

II групу ($n = 31$) формували хворі, які отримували комплексне лікування з включенням «Мультисалю». Упродовж першого тижня лікування динаміка нівелювання основних клінічних проявів була такою ж, як і у пацієнтів I групи. Відсутність нормалізації випорожнень наприкінці лікування зберігалась у 22,58 % пацієнтів, а здуття живота – у 12,91 %. З другого тижня лікування 70,97 % пацієнтів зазначили відсутність відчуття швидкого насичення, а у 74,20 % нормалізувався апетит. До початку лікування 93,55 % пацієнтів скаржилися на виражену загальну слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності. У 54,84 % хворих на 10-ту добу приймання «Мультисалю» та у 77,42 % на 18-ту добу суттєво покращилось загальне самопочуття й зменшилися прояви астено-вегетативного синдрому.

У III групі спостереження проводилось за 34 хворими на ХГ, які отримували «Горіха грецького настоянку». Під впливом лікування зареєстровані позитивні зміни – біль у епігастрії на 5-ту добу лікування зник у половини пацієнтів, на 10-ту – у 75,00 %, на 18-ту – у 87,87 % пацієнтів, що супроводжувалось відчуттям важкості після приймання їжі. Поряд із покращенням апетиту більшість пацієнтів на 10-ту і 18-ту добу зафіксували зникнення відрижки (відповід-

Таблиця 1

Динаміка ступеня інфікованості слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* у хворих на хронічний гастрит залежно від отриманого лікування за результатами уреазного тесту, %

Результати уреазного тесту	Групи хворих							
	I (n = 28)		II (n = 31)		III (n = 33)		IV (n = 34)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
++++	3,57	-	6,45	-	3,03	-	2,94	-
+++	28,57	7,14	29,03	6,45*	24,24	3,03*	26,47	-
++	35,72	14,29	32,26	16,13*	30,30	15,15*	29,41	14,71*
+	10,71	-	9,68	-	9,09	-	8,82	-
-	21,43	78,57	22,58	77,42*	33,33	81,82*	32,36	85,29*

Примітки: * – достовірність різниці показників після лікування з I групою, $p > 0,05$; ++++ – різко позитивний результат уреазного тесту; +++ – позитивний результат уреазного тесту; ++ – слабо позитивний результат уреазного тесту; + – сумнівний результат уреазного тесту; – – негативний результат уреазного тесту.

Однак достовірної відмінності посилення дієвості антибактерійних лікарських засобів потрійного комплексу із додаванням «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки» нами не виявлено.

Подібна закономірність простежувалась і за результатами цитологічного методу діагностики Нр (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка ступеня інфікованості слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* у хворих на хронічний гастрит залежно від отриманого лікування за результатами цитологічного дослідження, %

Результати цитологічного дослідження	Групи хворих							
	I (n = 28)		II (n = 31)		III (n = 33)		IV (n = 34)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
+++	3,57	-	6,45	-	3,03	-	2,94	-
++	28,57	7,14	29,03	6,48*	24,24	3,03	26,47	-
+	35,72	14,29	35,41	16,13*	33,33	15,15*	29,41	14,71*
-	32,14	78,57	29,03	77,42*	39,40	81,82*	41,18	85,29*

Примітки: * – достовірність різниці показників після лікування з I групою, $p > 0,05$; +++ – позитивний результат уреазного тесту; ++ – слабо позитивний результат уреазного тесту; + – сумнівний результат уреазного тесту; – – негативний результат уреазного тесту.

но у 78,79 і 87,88 %), нудоти (у 72,73 і 81,82 %), здуття живота (у 81,82 і 90,91 %), проносів (у 75,76 і 84,85 %). Але загальна слабкість спостерігалася у кожного третього пацієнта.

Обстежено 34 пацієнти IV групи спостереження, які отримували комбіноване лікування із включенням «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки». Вже на 5–10-ту добу від початку лікування був помітний позитивний ефект. Зменшились інтенсивність і наявність больового та диспепсичного синдромів. На 18-ту добу больові відчуття в надчеревній ділянці зникли у 33 пацієнтів, на важкість у епігастрії скаржились лише 5,89 % хворих, негативні відчуття, асоційовані з прийманням їжі, були у 11,77 % пацієнтів. Відрижка повністю зникла у 97,06 % хворих, а нудота – у 85,30 % пацієнтів. Комбіноване лікування мало переконливо позитивний вплив на прояви ентеральної диспепсії: здуття живота зникло у 94,11 %, а епізодичні проноси – у 91,17 % хворих. Виразність астеничного синдрому зменшилася наполовину із 10-ї доби і на 18-ту добу він зник у 85,29 % хворих.

Отже, результати оцінки динаміки клінічних ознак ХГ показали, що приєднання до традиційного лікування «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки» чи їх комбінації сприяло досягненню клінічного одужання і прискорило покращення суб'єктивного самопочуття хворих. Стійка позитивна динаміка клінічних симптомів у хворих на ХГ зумовлена, очевидно, взаємодоповнювальною дією апробованого лікування.

За результатами ендоскопічного обстеження шлунка у хворих на ХГ доведено отримання ендоскопічної ремісії у більш ніж половини пацієнтів I групи. Призначення «Мультисалю» сприяло зменшенню контактної ранимості на 81,02 %. Однак достовірних відмінностей, порівняно із I групою, не виявлено. У пацієнтів III групи візуально стан СОШ покращився, зменшились блідість і стоншеність складок, контактна ранимість. У респондентів IV групи повністю нівелювалися ендоскопічні ознаки запалення – набряку та гіперемії СОШ, а також зростала відстань між шлунковими ямками, борозенки між складками ставали глибшими, зменшилась кількість слизу.

Отримана інформація дає змогу стверджувати, що за результатами оцінки динаміки макроскопічних ознак ХГ найбільш ефективним є лікувальний комплекс із одночасним використанням окрім базових лікарських засобів «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки».

Усім хворим із позитивним результатом уреазного тесту, незалежно від апробованого лікування, проведено ерадикацію Нр (табл. 1).

Так, у пацієнтів I групи негативний результат уреазного тесту на 18-й день перебування під спостереженням зафіксований у 78,57 % випадків. У пацієнтів II, III і IV груп також виявлено вірогідну ефективність ерадикаційного лікування (відповідно у 77,42 %, $p_1 < 0,001$; у 81,82 %, $p_1 < 0,001$; у 85,29 %, $p_1 < 0,001$).

У хворих, які поряд із базовим комплексом отримували «Мультисал» або «Горіха грецького настоянку», або й «Мультисал», і «Горіха грецького настоянку» одночасно, показники негативного результату цитологічного методу виявлення Нр не відрізнялися від показників груп порівняння. Можливо, що такий ефект зумовлений тим, що в разі значного зниження кислотопродукувальної функції шлунка на СОШ персистують резистентні форми Нр.

Важливим чинником саногенезу у хворих на ХГ є нормалізація кислототворної функції шлунка, оскільки за умов адекватного функціонування парієтальних клітин можлива реконструкція процесів клітинного оновлення.

Таблиця 3

Динаміка стану кислотопродукувальної функції шлунка у хворих на хронічний гастрит залежно від отриманого лікування за показниками інтрагастральної рН-метрії, %

Стан кислотопродукувальної функції шлунка (функціональний інтервал – ФІ)	Групи хворих							
	I (n = 28)		II (n = 31)		III (n = 33)		IV (n = 34)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ФІ-0 (рН 7,00–7,50)	17,86	14,29	19,35	12,90	21,21	15,15	17,65	8,82
		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$
		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$
ФІ-1 (рН 3,60–6,99)	32,14	17,86	32,26	19,35	36,36	21,21	38,24	8,82
		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p < 0,01$
		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$
ФІ-2 (рН 2,30–3,59)	32,14	39,28	29,04	41,94	27,27	30,31	26,46	38,24
		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$
		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$
ФІ-3 (рН 1,60–2,29)	17,86	28,57	19,35	25,81	15,15	33,33	17,65	44,12
		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$
		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$		$p_1 > 0,05$

Примітки: p – достовірність різниці показників до і після лікування; p_1 – достовірність різниці показників після лікування з I групою.

Як бачимо з табл. 3, у пацієнтів, які отримували базовий комплекс, тотальна анацидність найгірше піддавалася корекції: лише в одного пацієнта функціональний інтервал змінився до рівня ФІ-1. У пацієнтів II і III груп кількість випадків анацидності зменшилась у 1,5 разу. У половини пацієнтів IV групи з базальною анацидністю контрольним проведенням інтрагастральної рН-метрії діагностовано виражену гіпоацидність. Збережена кислототворна функція шлунка (ФІ-3) достовірно частіше визначалась у пацієнтів IV групи і становила наприкінці лікувального курсу 44,12 % ($p < 0,05$). Незалежно від запропонованого комплексу лікування зростала частка пацієнтів, у яких виявлялась помірна гіпоацидність, і зменшувалась частка хворих із вираженою гіпоацидністю, особливо в разі одночасного приймання «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки» (8,82 %, $p < 0,01$).

Вірогідні позитивні зміни кислотопродукувальної функції шлунка відбулись у хворих III і IV груп: $3,55 \pm 0,31$, $p < 0,05$; $3,21 \pm 0,29$, $p < 0,01$. Аналіз змін показників рН у пацієнтів I і II груп показав, що запропоноване лікування певною мірою впливає на шлункову секрецію, позаяк показники інтрагастральної рН-метрії знизились на 11,80 % ($p > 0,05$) та 15,56 % ($p > 0,05$).

Призначення «Мультисалю» не мало достовірно впливу на кислототворну функцію шлунка. Базовий комплекс у поєднанні з «Горіха грецького настоянкою» оптимізували базальну кислотність, сприяючи нівелюванню запально-дегенеративних змін СОШ шлунка.

Висновки. Застосування «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки», як доповнення до базового комплексу, дає змогу оптимізувати лікування ХГ, внаслідок чого покращується суб'єктивне самопочуття хворих, нівелюються ендоскопічні ознаки запалення СОШ, нормалізуються базальна кислотність шлунка, завдяки лікувальним властивостям «Горіха грецького настоянки», а тому може бути рекомендоване для використання у клінічній практиці.

Список літератури

1. Атрофический гастрит как предраковое состояние желудка: новый взгляд на старую проблему / Е. А. Коган, В. П. Тюрин, В. Д. Креймер [и др.] // Клиническая медицина. – 2011. – № 1. – С. 34–37.
2. Атрофичний гастрит: оптимізація діагностики, класифікації та прогнозування: метод. рекомендації / Ю. М. Степанов, М. Ю. Зак, Л. М. Мосійчук, Ю. А. Гайдар. – К., 2012. – 32 с.
3. Бабак О. Я. Атрофический гастрит: прогнозы и перспективы / О. Я. Бабак // Здоров'я України. – 2006. – № 21/1, додатковий. – С. 26–27.
4. Бабак О. Я. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом атрофическом гастрите после проведения антихеликобактерной терапии / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 6. – С. 36–39.
5. Бабак О. Я. Современная фитотерапия болезней органов пищеварения / О. Я. Бабак, Т. А. Соломенцева. – К.: Рекламное агентство «Диалла комьюникейшнз», 2008. – 48 с.
6. Бабак О. Я. Современные представления об оценке риска развития и профилактике рака желудка / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6. – С. 62–66.
7. Бабенко Г. А. Микроэлементозы человека: патогенез, профилактика, лечение / Г. А. Бабенко // Микроэлементы в медицине. – 2001. – № 2. – С. 2–5.

8. Зак М. Ю. Динаміка серологічних та морфологічних показників атрофічного гастриту в результаті ерадикації *Helicobacter pylori* / М. Ю. Зак // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3. – С. 53–58.
9. Курик О. Г. Хронічний гастрит і передракові зміни слизової оболонки шлунка: морфологічні аспекти / О. Г. Курик, Г. А. Соловйова, В. О. Яковенко // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 4. – С. 88–93.
10. Маев И. В. Принципы диагностики и рациональной фармакотерапии хронического гастрита / И. В. Маев, Н. Н. Голубев // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 1. – С. 64–70.
11. Морфология поверхностного и атрофического гастрита при эрадикации *Helicobacter pylori* / А. В. Кононов, С. И. Мозговой, М. А. Ливзан [и др.] // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 17–20.
12. Наумова Л. А. Особенности клинико-морфологических проявлений атрофического процесса в слизистой оболочке желудка при отсутствии и наличии инфицированности *Helicobacter pylori* (I этап) / Л. А. Наумова, А. И. Пальцев, Я. Ю. Беяева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – № 2. – С. 22–28.
13. Нурғалиева Б. К. Регуляция пролиферации и апоптоза при *H. pylori*-ассоциированом гастрите и язвенной болезни / Б. К. Нурғалиева, Г. А. Хамидуллина, О. Ю. Бондаренко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 6. – С. 29–34.
14. Петровская Л. С. Биологически активные вещества листа ореха грецкого / Л. С. Петровская, Л. М. Серая, Т. Н. Киселева // Фізіологічно активні речовини. – 2009. – № 2. – С. 122–124.
15. Фадеев Г. Д. Атрофічний гастрит: механізми виникнення, окремі питання діагностики та оборотності розвитку / Г. Д. Фадеев, К. О. Просоленко, Т. А. Соломенцева // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 2. – С. 8–12.
16. Хронічний гастрит: діагностика; лікування на курорті Моршин / М. О. Абрагамович, У. О. Абрагамович, М. Л. Коцовська ; за ред. О. О. Абрагамовича // Львів : Національний медичний університет імені Данила Галицького, 2011. – 257 с.
17. Jaskiewicz K. Lymphoid aggregates in gastric biopsies: relationship to other mucosal lesions / K. Jaskiewicz, G. Kobierska // Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz.) – 2000. – Vol. 48, N 3. – P. 201–204.
18. Moran A. P. Pathogenic properties of *Helicobacter pylori* / A. P. Moran, M. M. Prendergast // J. Autoimmun. – 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 241–256.
19. Regression of atrophy in patients with atrophic body gastritis following *Helicobacter pylori* treatment / L. Vannella, E. Lahner, C. Bordini [et al.] // Gut. – 2009. – Vol. 58, suppl. 2. – P. 72.
20. Relation between *Helicobacter pylori*, inflammatory (neutrophil) activity, chronic gastritis, gastric atrophy and intestinal metaplasia / M. N. Tanko, A. N. Manasseh, G. O. Echejoh [et al.] // Niger. J. Clin. Pract. – 2008. – Vol. 11, N 3. – P. 270–274.
21. Sipponen P. Application of blood levels of gastrin-17, pepsinogen-I` and *H. pylori* antibody for nonendoscopic diagnosis of atrophic gastritis / P. Sipponen, T. Maki, P. Ranta // Presentation delivered at the Digestive Disease Week. – Atlanta, USA, 2001. – Abstracts-On-Disk.

Стаття надійшла до редакції журналу 2 березня 2015 р.

Оптимізація лікування хронічного гастриту «Мультисалем» та «Горіха грецького настоянкою»

О. Б. Молодовець

Висвітлено власний досвід застосування «Мультисалю» та «Горіха грецького настоянки» у 126 хворих на хронічний гастрит. З'ясовано, що доповнення ними стандартизованого базового комплексу дає змогу оптимізувати лікування хронічного гастриту, покращити суб'єктивне самопочуття хворих, нівелювати ендоскопічні ознаки запалення слизової оболонки шлунка, покращити базальну кислотність шлунка, завдяки лікувальним властивостям «Горіха грецького настоянки». Отримані результати можуть слугувати підґрунтям для використання їх у клінічній практиці.

Ключові слова: хронічний гастрит, *Helicobacter pylori*, кислотність, швидкий уреазний тест, «Мультисаль», «Горіха грецького настоянка».

Optimization of Treatment of Patient's Chronic Gastritis with the Use of Multisal and Walnut Tincture

O. Molodovets

The personal experience of treatment of chronic gastritis is reported in the article which could be a substratum for the optimization of standardized protocols of diagnostics and treatment of this disease at the stage link taking into consideration the expansion of therapeutic qualities of doctor and improvement of acid stimulation therapy.

Keywords: chronic gastritis, *Helicobacter pylori*, acidity, rapid ureal test, Multisal, walnut tincture.